RECOVERY KERNEL

ПРОТОКОЛ ПРИПИНЕННЯ: ОПІОЇДИ

Відтяжність не те, що вбиває людей. Те, що йде після неї.

Цей посібник побудований навколо розрізнення, яке має бути першим, бо перевернути його — це те, що коштує життями: сам синдром відміни опіоїдів у більшості випадків не вб'є. Це один із найбільш фізично страждальних досвідів у всій цій серії, але він рідко є смертельним сам по собі. Вбиває те, що відбувається потім — повернення до попередньої дози тілом, яке втратило толерантність, яка була, коли ця доза здавалася нормальною. Цей один факт реорганізовує майже все інше в цьому посібнику, і саме тому медикаментозна підтримка лікування (MAT) знаходиться в центрі ні, а на межі.

Розділ 0 — Негайні заходи безпеки: Прочитайте це першим

МЕДИЧНА НЕБЕДА

НАЙВИЩЕ РИЗИКОВЕ МОМЕНТ В ОПІОЇДНІЙ РЕМІСІЇ – ЦЕ НЕ АБСТИНЕНЦІЯ. ЦЕ РЕЦИДИВ ПІСЛЯ ПЕРіоду АБСТИНЕНЦІЇ. Людина, яка припинила вживання і згодом повертається до попередньої дози, приймає дозування з толерантністю людини, яка ніколи не вживала опіоїди, але очікує ефекту від того, хто вживав регулярно. Це є найбільш поширеним механізмом смерті від передозування опіоїдами, і це застосовується з ще більшою силою зараз, коли незаконна поставка широко забруднена фентанілом — див. Розділ 6.

Негайно телефонуйте 103 і використовуйте Налоксон, якщо він доступний, для:

- Повільне, поверхневе або зупинене дихання
- Сині чи сірі губи або кінчики пальців
- Непритомність або нездатність прокинутися
- Хрипіння або звуки задухи під час дихання

⚠ УВАГА

Налоксон (Наркан) повертає до життя при передозуванні опіоїдами та доступний без рецепта в більшості аптек США, часто безкоштовно через організації з запобігання шкоді. Наявність цього засобу — для себе або для будь-кого у вашому домогосподарстві з будь-яким досвідом використання опіоїдів, минулим чи поточним — не є ознакою очікування невдачі. Це абсолютно та ж категорія

запобіжних заходів, що й вогнегасник: те, чого сподіваються ніколи не потребувати, але все одно тримають під рукою.

САНКТУАРІЙ

Фізичні симптоми опиоїдної абстиненції самі по собі — описані в Розділі 2 — є важкими та справді нестерпними, але для більшості людей без інших серйозних захворювань вони не становлять незалежно загрозливого для життя стану. Медичний нагляд під час абстиненції існує переважно для зменшення страждань до рівня, коли людина не рецидивує до небезпечного стану, описаного вище, а не тому, що сама по собі абстиненція зазвичай вимагає екстреної допомоги. Знання цієї відмінності не полегшує процес, але змінює те, чого насправді варто боятися і коли.

Розділ 1 — Чому цей посібник зосереджений на МТ

Для початку важливо зрозуміти, що медичне лікування замісної терапії (МТ) є золотим стандартом для лікування залежностей від опіоїдів.

Лікування з використанням медикаментів — бупренорфін, метадон чи налтрексон — є, за об'ємною доказательною базою, найбільш ефективним методом лікування розладу вживання опіоїдів. Цей посібник стверджує, що прямо і без упереджень деякий матеріал про відновлення все ще стосується цього: ЛМЛ не є менш розвиненою формою відновлення, опорою чи «все ще залежністю від чогось». Це життєво необхідна медична інтервенція з даними щодо зниження смертності, які мало які інші методи лікування залежностей можуть зрівняти. Робота над відновленням, яка відбувається паралельно з ЛМЛ — біологічна, екологічна та ідентичносна робота в розділах 8 та 9 — є доповнюючою до неї, а не альтернатива йому.

ЦЕНТУРІОН

Якщо вам сказали, що МАТ означає, що ви «насправді не тверези», то така інтерпретація не підтверджена доказами і коштує життям. Важливим показником є виживання та функціонування, а не те, які саме молекули присутні чи відсутні в організмі людини.

Розділ 2 — Хронологія відміни

Хронологія	Що відбувається	Що очікувати	Що робити
Години 6–24 (початок, залежить від період напіввиведення опіоїдів)	Зайнятість опіоїдних рецепторів падає; система залишилася без очікуваного вводу	Тривога, м'язовий біль, потовиділення, позіхання, нежить, раннє неспокійне самопочуття	Ініціація лікування залежності (MAT), якщо вона проводиться, часто починається у цьому вікні — бупренорфін зокрема вимагає, щоб людина вже перебувала у стані легкого-середнього абстиненційного синдрому до першої дози, щоб уникнути загострення стану.
Дні 1–3 (пік фізичних симптомів)	Повний синдром відміни активний; це найважчий фізичний етап.	Нудота, блювота, діарея, спазми в животі, розширені зіниці, озноб, що чергується з потовиділенням, сильний біль у м'язах та кістках, безсоння	Медичний нагляд або MAT різко знижує цю тяжкість. Це також найвищий ризик для людини, яка вирішує, що страждання нестерпні, і повертається до вживання у зараз небезпечній дозі — див. Розділ 0.
Дні 3–10 (постгостра фізична ремісія, пік психологічних симптомів)	Фізичний синдром відміни розв'язується; ендорфінові та дофамінові системи на найнижчому рівні	Глибока депресія, ангедонія, емоційна відвертість, безсоння продовжується, стійкі бажання, деякі фізичні симптоми залишаються	Починається повний комплекс добавок (Розділ 9). Вправи якомога швидше, навіть коротка прогулянка. Управління сном є одним із найсильніших предикторів запобігання

Хронологія	Що відбувається	Що очікувати	Що робити
			ранній рецидивації — надайте йому пріоритет безпосередньо.
Тижні 1–4	Системи ендорфінів та допаміну повільно відновлюються; рецептори опіоїдів починають підвищувати свою експресію	Поступове покращення з реальною варіативністю від дня до дня; ймовірно епізоди PAWS; емоційна нестабільність; епізодичні, але сильні бажання.	Повний протокол запущено. Зв'язок із громадою важливіший, ніж може здаватися — ізоляція є одним із найсильніших предикторів рецидиву у цьому конкретному відновленні.
Місяці 1–6	Значне підвищення експресії рецепторів; дофамінові та ендорфінові системи активно відновлюються; опіоїдно-індукована гіпералгезія (підвищена чутливість до болю від самих опіоїдів) розв'язується	Прогресивне реальне покращення; повернення справжніх моментів природного задоволення; нормалізація чутливості до болю	Тут робота стає стійкою, а не чистим виживанням. Робота над ідентичністю (Розділ 9) є доречною тут, а не раніше.
Місяці 6–18+	Щільність мю-опієнових рецепторів суттєво відновилася; ендорфінна система знову виробляє природний комфорт та соціальне зв'язування	Природне задоволення та зв'язок, доступні без хімічної підтримки; епізоди PAWS рідкісні; тяга контекстуальна, а не постійна	Повне відновлення ендорфінової системи для більшості людей протягом 12–18 місяців стабільного одужання, незалежно від того, чи включає це одужання медикаментозне лікування залежностей (MAT).

Розділ 3 — Як довго мозок повернеться до норми

Повне відновлення щільності му-опієнових рецепторів у більшості людей займає 12–18 місяців стабільного одужання — це часовий проміжок, який відповідає іншим речовинам з тривалішим періодом відновлення в цій серії. Постгостре синдром відміни (ПГС) може тривати 18–24 місяці, а для відновлення, пов'язаного саме з фентанілом, цей період може бути ще довшим, враховуючи виняткову рецепторну спорідненість фентанілу порівняно з іншими опіоїдами.

БУТИ ПОЧУЄНИМ

Якщо ви вже вісім місяців і все ще відчуваєте хвилі PAWS — раптової тривоги, тяжіння без очевидного тригера, рівних сірих днів — це не доказ того, що робота не приносить результату. Це саме те місце, де вас ставить чесний графік. Фінішна пряма тут вимірюється більше ніж роком, і знання цього заздалегідь має змінити відчуття важкого восьмого місяця, а не змусити цей важкий місяць зникнути.

Розділ 4 — Що ви, найімовірніше, відчуєте

- Специфічна, глибока ангедонія протягом перших тижнів — їжа, музика, люди, яких ви любите, сприймаються як пласкі, а не значущі, тому що ендорфінні та дофамінові системи, які займають опіоїди, перебувають на справжньому біологічному мінімумі.
- Підвищена чутливість до болю (опіоїдно-індукована гіпералгезія) — це реальне, задокументоване явище, коли нервова система тимчасово стає більш чутливою до болю, ніж була навіть до початку використання опіоїдів, оскільки вона перекалібровується. Це минає протягом часового проміжку в Розділі 2 та Розділі 3, але поки це відбувається, це дезорієнтує.
- Сон, який справді важко відновити, часто є найсильнішим предиктором того, чи станеться ранній рецидив — варто лікувати його так само серйозно, як будь-яку іншу частину цього відновлення.
- Бажання, які можуть виникати без очевидного тригера, особливо під час хвиль PAWS — це нейробіологічно, а не ознака недостатньої відданості.
- Виражене відчуття соціальної відключеності або самотності у носіїв G-аллелі OPRM1 зокрема (Розділ 5) — той самий рецептор, що опосередковує опіоїдну винагороду, також опосередковує соціальне зв'язування на основі ендорфінів, тому його виснаження може відчуватися як ізоляція сама по собі, а не лише тяга до наркотиків.

Розділ 5 — Генетичний перехресний огляд

Ген	Що це регулює	Релевантність відновлення від опіоїдів
OPRM1 (A118G)	Структура μ-опієioidного рецептора — основний рецептор, на який діють усі опіоїди	Найважливіший ген у цьому посібнику. Носії гена G-аллелі мають знижену афінність зв'язування рецепторів, що означає менше полегшення болю та меншу винагороду від стандартних доз, що є частиною того, що спричинило ескалацію. Таке ж знижене зв'язування також означає меншу винагороду, опосередковану ендорфінами, від природних джерел (вправи, спілкування, сміх), через що природна архітектура винагороди може довше викликати відчуття задоволення для цього профілю. Критично: носії гена G-аллелі демонструють вимірювано сильнішу реакцію на налтрексон — це безпосередньо застосовна інформація для вибору лікування, яку варто обговорити з призначаючим лікарем.
CYP2D6	Метаболізує кодеїн, трамадол та багато інших опіоїдів до їх активних або неактивних форм	Погані метаболізатори отримують мало або жодного ефекту від кодеїну чи трамадолу, що може призвести до підвищення дози у спробі досягти ефекту, який цей препарат ніколи не забезпечить для них. Надшвидкі метаболізатори перетворюють кодеїн на морфін небезпечно швидко — це задокументований механізм смертності навіть при стандартних призначених дозах. Також впливає на метаболізм бупренорфіну, що має пряме відношення до дозування в рамках MAT.
CYP3A4	Основний метаболізатор фентанілу, оксикодону, метадону та бупренорфіну	Домінантний фармакокінетичний ген для опіоїдів, якими більшість людей у ремісії насправді керують, включаючи як первинні препарати MAT. Інгібування CYP3A4 — через генетику або взаємодію ліків (певні антибіотики, протигрибкові засоби, навіть грейпфрут) — може спричинити небезпечне

Ген	Що це регулює	Релевантність відновлення від опіоїдів
		накопичення цих препаратів. Індуктори CYP3A4 можуть спровокувати відрив від МАТ, надто швидко виводячи препарат. Повідомляйте кожного призначаючого про кожен препарат.
ABCB1 (P-глікопротеїн)	Транспорт препаратів через гематоенцефалічний бар'єр	Варіанти впливають на те, скільки опіоїду проходить у мозок від заданої дози — деякі варіанти дозволяють більшу проникність ЦНС, викликаючи сильніші ефекти від ідентичних доз та правдоподібно прискорюючи розвиток залежності. Також впливає на концентрацію бупренорфіну та метадону в ЦНС, що є релевантним для оптимізації МАТ.
DRD2 (Taq1A, A1 аллель)	Щільність дофамінового рецептора Д2	Приблизно на 30% знижена щільність рецепторів у носіях A1 — Синдром дефіциту винагороди. У поєднанні з алеллю OPRM1 G створює комплексний дефіцит системи винагороди, що впливає одночасно на опіоїдну та дофамінову шляхи винагороди — один із найбільш складних профілів у цій серії.
COMT	Кліренс дофаміну та обробка болісних сигналів	Стосується особливо тих, чиє використання опіоїдів розпочалося з легального лікування болю — варіанти COMT впливають на базову чутливість до болю незалежно від експозиції опіоїдами, що означає, що недостатньо лікований біль все одно може потребувати власного окремого плану управління (Розділ 6) навіть після вирішення залежності від опіоїдів.
MTHFR	Метилювання — синтез нейромедіаторів	Дефіцит синтезу дофаміну та серотоніну на базовому рівні, який опіоїди могли частково компенсувати. Підтримка 5-МТГ є фундаментальною, не опціональною, у цьому відновленні.
GABRA2	Суб'одиниця альфа-2 рецептора ГАБ-А — базовий інгібіторний тон	Не основний опіоїдний ген, а справжній комбінуючий фактор з двох причин: це одна й та сама архітектура ГАБ, що лежить в основі

Ген	Що це регулює	Релевантність відновлення від опіоїдів
		патерну спільного використання опіоїдів плюс бензодіазепіни або опіоїди плюс алкоголь (кожна речовина спрямовує на різні рецепторні системи для схожої проблеми тривожності/гальмування), і він зумовлює специфічний комбінований профіль, деталізований нижче.

Як статус COMT змінює відчуття опіоїдів

COMT регулює швидкість виведення дофаміну та стресових хімічних речовин, і ця швидкість виведення формує те, що насправді роблять опіоїди для конкретної людини — не лише скільки вона їх вживає, а й чому цей ефект здавався необхідним спочатку.

COMT Профіль	Базовий рівень до опіоїдів	Які опіоїди конкретно надано
Вал/Вал («Воїн») — швидкий кліренс, нижчий базовий тонус дофаміну	Часто недостатньо стимульований у стані спокою; тяжіє до інтенсивності та новизни навіть без залучення будь-якої речовини.	Опіоїди забезпечили інший вид полегшення, ніж для інших профілів — менше «нарешті, тихо» і більше «нарешті, достатньо комфортно, щоб припинити гнатися за інтенсивністю». Цей профіль дещо менш поширений при чистому опіоїдному залежності, ніж при стимуляторній залежності, але коли він присутній, відновлення потребує справжніх виходів високої інтенсивності, а не лише роботи, зосередженої на спокою.
Мет/Мет («Тривожник» / «Мудрець») — повільний кліренс, вищий базовий стресовий хімічний тон	Часто перебуває у стані тривоги або гіперзбудження в спокої; нервова система має тенденцію бути "гарячою" ще до будь-якого вживання речовин.	Це більш поширений профіль відновлення від опіоїдів. Пригнічення осі ГГН (генетична таблиця Розділу 5) прямо відповідає хронічно гіперактивній стресовій системі — полегшення полягає не лише у фізичному комфорті, а й у тому, що вперше надмірно активна нервова система змогла повністю заспокоїтися. Це також профіль, де відскок осі ГГН, описаний в інших місцях цього посібника, відчувається найсильніше, оскільки є більше базової стресо-хімічної активності, яка може відскочити у надмірну

COMT Профіль	Базовий рівень до опіоїдів	Які опіоїди конкретно надано
		роботу.
Гетерозиготні (Val/Met)	Проміжний базовий рівень між двома вищезазначеними профілями.	Часто це суміш — і пошук справжнього фізичного полегшення, і пошук полегшення для стресової системи — без того, щоб жоден з них був таким екстремальним, як гомозиготні профілі.

GABRA2 та «Патерн тривожного депресанту»

Це варто назвати прямо, а не залишати GABRA2 як незначну виноску у вищезгаданій таблиці. Власна Матриця Ген-Речовини вашого Компендіуму ідентифікує специфічний комбінований профіль — високий ризик GABRA2 плюс COMT Met/Met — як «Патерн тривожно-депресивного стану», актуальний для алкоголю, бензодіазепінів та опіоїдів: порушена здатність до самозаспокоєння (COMT), поєднана з порушеним інгібіторним тоном (GABRA2), що спричиняє найшвидшу задокументовану прогресію до залежності серед будь-якого комбінованого профілю в цій матриці.

⚠ УВАГА

Якщо ця комбінація стосується вас, варто знати дві речі просто. По-перше, це частина того, чому поліспосібживання речовин — опіоїди плюс бензодіазепін або алкоголь — є настільки поширеним патерном для цього конкретного профілю: опіоїд відповідає за сторону зняття стресу та полегшення болю, тоді як речовина, що впливає на ГАБ, окремо відповідає за сторону недостатньої роботи гальм, і жодна з них повністю не покриває те, що робить інша. По-друге, це означає, що відновлення для цього профілю справді потребує одночасного вирішення обох систем — опіоїдно-орієнтована робота в цьому посібнику та робота, сфокусована на ГАБ, у посібниках Recovery Kernel щодо бензодіазепінів або алкоголю, якщо будь-яка з речовин також було частиною патерну — замість того, щоб розглядати опіоїдну залежність як цілісну картину.

Фенотипування без результатів тестів

- Опіоїди дали вам полегшення болю, якого ніщо інше не могло, навіть у дозах, які для інших виявилися достатніми? → Можливий алель OPRM1 G або варіант ABCB1. Тестування CYP2D6 варто пріоритезувати.
- Чи змусили опіоїди вас почуватися нормальним, зв'язаним та спокійним так, як ніщо інше не досягло? → Сильна залученість OPRM1 та ймовірний дефіцит ендорфінного систем. Робота над соціальними зв'язками (Розділ 9) є центральною, а не додатковою, для вашого відновлення.
- Чи почалося ваше використання з легального лікування болю? → Варіанти чутливості до болю COMT можуть бути релевантними.

Недостатньо лікований біль вимагає власного паралельного шляху лікування — див. Розділ 6.

- Чи є базовою порожнечею чи ангедонією ваш стійкий досвід, незалежно від використання опіоїдів? → Ймовірно, дефіцит DRD2 плюс залучення MTHFR. Підтримка дофаміну має високий пріоритет.

Розділ 6 — Особливі групи населення

Ситуація	Що його відрізняє
Хронічний біль як точка входу	Для значної частини людей у стані опіоїдної ремісії справжній хронічний біль був первинною та залишається реальною, триваючою станом. Визнання генетичної вразливості, яка спричинила залежність, не означає, що сам біль ніколи не був реальним, і він не зникає зникненням опіоїду. Ця група потребує траєкторії управління болем, що йде паралельно з траєкторією ремісії, а не замінює її — фізична терапія, неоріоidне управління болем та, у деяких випадках, бупренорфін, спеціально призначений для болю (це легітимний, окремий сценарій використання від його ролі в MAT для залежності) безстроково паралельно з роботою над ремісією. Неконтрольований біль є однією з найбільш передбачувані шляхи повернення до використання опіоїдів у цьому посібнику.
Постачання, забруднене фентанілом	Поточне незаконне постачання опіоїдів та, дедалі частіше, стимуляторів та підроблених таблеток широко забруднене фентанілом, який є значно потужнішим за героїн чи рецептурні опіоїди за вагою. У людини з толерантністю, сформованою на основі героїну чи таблеток, немає надійного захисту від партії, забрудненої фентанілом — різниця в потужності може бути фатальною при дозі, яка була б незначною зі речовиною, яку вона вважала, що використовує. Тестові смужки на фентаніл (доступні більшість організацій з запобігання шкоді) та доступ до Налоксону не є необов'язковими запобіжними заходами для будь-кого, хто має будь-яке поточне вживання опіоїдів — це базове безпекове обладнання, та сама категорія як каркас вогнегасника Секції 0.
Внутрішньовенний/ ін'єкційний шлях	Несе додаткові ризики, задокументовані у посібнику Recovery Kernel щодо вух, очей та зубів — інфекція місця ін'єкції, ендокардит, гепатит C і B, а також ВІЛ. Базове тестування на кров'яні інфекції є відповідною медичною допомогою у фазі відновлення, а не звинуваченням — а сучасне лікування гепатиту C є виліковним у переважній більшості випадків, незалежно від того, як давно існує інфекція.

Ландшафт заміщення та поступового зниження дози

Для всіх, хто зменшує дозу рецептурних опіоїдів, сама речовина змінює те, як виглядає процес зниження дози. Це загальний огляд ситуації, а не індивідуальний графік дозування — точні цифри потребують лікаря, який знає

конкретного пацієнта, поточну дозу та тривалість курсу. Нижче наведено рамки, які варто обговорити з ним.

Речовина	Що ускладнює поступове зниження дози	Загальний підхід
Фентаніл (пластир чи незаконний)	Екстремальна потужність означає, що навіть невеликі відсоткові зниження становлять великі абсолютні зміни; трансдермальний плащ додає варіабельність абсорбції (температура, стан шкіри та місце накладання плаща впливають на доставку) поверх самої фармакології.	Патч-тізерінг зазвичай переходить до наступної нижчої концентрації патча через проміжний інтервал (зазвичай кожні 2–4 тижні, дотримуючись того ж принципу зменшення на відсотках, який використовується у всій цій бібліотеці), іноді з використанням орального мосту для заповнення прогалини між концентраціями патчів. Ілюмінаційний тізерінг фентанілу рідко виконується як пряме зниження "патч-до-патча" — зазвичай це вимагає спочатку переходу на вимірювану, рецептурну форму (див. MAT, Розділ 8).
Оксікодон ER (ОксіКонтін) та інші пероральні опіоїди з пролонгованою віддачею	Механізм пролонгованої дії означає, що зменшення дози змінює як піковий ефект, так і тривалість покриття — скорочення, яке на папері виглядає невеликим, може спричинити прогалину в покритті, яка відчувається значно більшою.	Поступове зниження дози з пролонгованим вивільненням, зазвичай на 10–25% кожні 1–4 тижні залежно від тривалості використання та тяжкості, іноді з доступністю короткодіючої форми для купирування симптомів під час переходу — це рішення призначаючого лікаря, а не самостійне додавання.
Гідроморфон (Ділаудід)	Коротка період напіввиведення та висока потужність відносно морфіну означають, що початок абстиненції швидший і більш концентрований, ніж з довготривалими опіоїдами, за формою схожий на проблему короткого періоду напіввиведення, описану для венлафактину в посібнику SSRI/SNRI.	Часто конвертується (обертається) у довготринний опіоїд першим саме для того, щоб зробити сам процес зниження дози більш керованим, а не зменшувати короткодіючу форму напряму — ця конверсія є справжньою клінічною технікою, а не обхідним шляхом, і має здійснюватися під контролем лікаря через залучені розрахунки потужності.
Тапентадол (Нюсінта)	Справді відмінний механізм порівняно з іншими в цій таблиці — подвійна дія як му-опіоїдний агоніст і інгібітор зворотного захоплення	Якщо тапентадол погано переноситься, це справді корисна інформація для лікаря — вона може вказувати на подвійний механізм, а не на сам дозування

Речовина	Що ускладнює поступове зниження дози	Загальний підхід
	норадреналіну. Цей другий механізм означає, що деякі люди погано переносять його з причин, які не мають жодного відношення до чутливості опіоїдних рецепторів: додаткова активність норадреналіну може викликати тривожність, тремор або підвищення частоти серцевих скорочень, особливо у будь-кого, хто вже має високий базовий рівень збудження (профіль COMT Met/Met у таблиці Розділу 5 варто розглянути тут зокрема).	опіоїдів як джерело проблеми, і на вибір іншого препарату взагалі, а не просто іншої дози того ж.

Альтернатива опіоїдам від фармацевтичних компаній: Габапентин і Прегабалін

Поширений нині патерн призначення заслуговує на таке ж пряме лікування, яке ця бібліотека вже надає в інших місцях: габапентин і прегабалін часто пропонуються спеціально для уникнення призначення опіоїдів або для підтримки поступового зниження дози опіоїдів шляхом покриття деякої компоненти нервового болю. Це може бути законним, корисним інструментом. Але це також може стати власним непідконтрольним, невизначеним призначенням, якщо ніхто не відстежує дату виходу.

⚠ УВАГА

Влальний матеріал Recovery Kernel щодо габапентиноідів прямо застосовується тут: їх дедалі частіше визнають як речовини, що несуть реальний ризик залежності та відміни, включаючи ризик судом при різкій відміні у високих дозах, незважаючи на те, що історично їх призначали так, ніби вони безризикові. Якщо габапентин або прегабалін пропонували як альтернативу опіоїдам, застосовують ті ж питання відповідальності з розділу цієї бібліотеки про замісні препарати: яка зазначена дата виходу чи точка перегляду, чи це обмежений за часом міст, чи відкрите підтримуюче лікування, і як виглядатиме поступове зниження дозування цього конкретного препарату, якщо воно має закінчитися. Препарат, який уникнув однієї залежності ризик не звільняє автоматично від ризику залежності самого по собі.

Вирішення першопричини, а не лише поступове зниження дози

Для значної популяції в Розділі 6, чиє використання опіоїдів почалося з справжнього болю, сама відміна є необхідною, але неповною — відповідно до формулювання Розділу 1 та Розділу 6, некерований біль є одним із найбільш

передбачуваних шляхів повернення до використання опіоїдів у всьому цьому посібнику. Вирішення того, що насправді є болем, і його пряме лікування — це не паралельний гарний бонус. Це необхідна частина для підтримки відміни.

- Справжня оцінка джерела болю — візуалізація, направлення до фахівця чи будь-який діагностичний крок, який ще не відбувся — а не постійне лікування лише симптому.
- Фізична терапія та неоріоїдна фармакологічна допомога при болю, яку проводить фахівець з болю спільно з лікарем, що зменшує дозування.
- Інфузійна терапія кетаміном — це реальний, усталений варіант для певних рефрактерних хронічних больових станів (комплексний регіональний синдром болю, фіброміалгія та деякі форми нейропатичного болю), що застосовується як суб-анастезійна інфузія у моніторинговому клінічному середовищі, і відрізняється від підходу підтримки при відміні кетаміну, поданого в інших частинах цієї серії. Варто обговорити це напряму з фахівцем з болю, якщо стандартних неоріoid-варіантів було недостатньо.

СХИЛОК

Якщо ніхто так і не діагностував, чому існує біль — лише завжди лікували те, що він існує — це варто чітко озвучити лікарю. Зменшення дози препарату, який керував невизначеною проблемою, без одночасного пошуку того, що є справжньою проблемою, — це саме та ситуація, яку намагається допомогти уникнути цей посібник.

Розділ 7 — Використання Класифікації Патернів

Рівень	Паттерн	Ризик	Постава
1 — Призначено, короткостроково, без ескалації	Легітимний рецепт, використаний згідно з призначенням, на обмежений термін	Низький, але не нульовий — фізична залежність може початися протягом 1–2 тижнів регулярного вживання навіть без зловживання.	Плановий спад (титрування) під наглядом лікаря, а не різне припинення, залишається безпечнішим варіантом навіть на цьому рівні.
2 — Призначено, довгострокове або м'яке ескалювання	Регулярне використання після закінчення початкового призначеного терміну або поступове збільшення дози для підтримки того ж ефекту	Помірний — ймовірно встановлена фізична залежність	Контрольоване зниження дози є важливим тут; різке припинення несе ризик значної відміни, і це саме та група населення, для

Рівень	Паттерн	Ризик	Постава
			якої варто проактивно провести розмову про медикаментозне лікування залежностей (МАТ), навіть короткострокову.
3 — Регулярне не призначене або значно ескальоване використання	Приймання у більшій кількості, використання чужих ліків або регулярне незаконне вживання без добового прийому протягом доби	Високий	Наполегливо рекомендується медичне втручання перед будь-якою спробою припинення. МАТ має бути реальною частиною цієї розмови, а не крайнім заходом.
4 — Залежний, щоденне використання, включаючи уникнення абстиненції	Щоденне або майже щоденне використання, включаючи використання спеціально для запобігання симптомам відміни, а не для ефекту	Важкий — цей протокол МАТ та детоксикації Секції 8 написаний для населення	Не припиняйте самостійно. Попередження про рецидив/передозування Розділу 0 застосовується з повною силою до цієї популяції зокрема.

Розділ 8 — Лікування за допомогою медикаментів та детоксикація

Ліки	Механізм	Клінічні записи
Бупренорфін (Субоксон, Субутекс, Сублокейд)	Частковий опіоїдний агоніст — активує рецептор достатньо для запобігання абстиненції та тязі, з платовим ефектом, який обмежує ризик передозування порівняно з повними агоністами	Вимагає, щоб людина вже перебувала у стані легкого або помірного синдрому відміни до першої дози (щоб уникнути випередженого синдрому відміни). Може призначатися в умовах амбулаторної допомоги навченим фахівцям, що суттєво покращує доступ порівняно з клінічним моделлю метадону.
Метадон	Повний опіоїдний агоніст, з довгою дією — стабілізує активність рецепторів без піків і спадів короткодіючих опіоїдів	Вимагає щоденного введення в ліцензованій програмі лікування опіоїдів у більшості випадків, принаймні спочатку. Сильна доказательна база, особливо для залежностей вищої тяжкості або тривалішого тривалості. Статус CYP3A4 (Розділ 5) впливає на

Ліки	Механізм	Клінічні записи
		дозування.
Налтрексон (пероральний або пролонгована форма Вівітрол)	Антагоніст опиоїдних рецепторів — повністю блокує рецептор, а не активує його, не викликаючи опіоїдного ефекту та блокуючи дію будь-якого використаного опіоїду.	Потребує повної детоксикації (зазвичай 7–10 днів без опіоїдів) перед початком, оскільки це спричинить сильний синдром відміни, якщо опіоїди все ще активні в системі. Носії алелі OPRM1 G (Розділ 5) демонструють помітно сильнішу відповідь — справді корисна, практична інформація для вибору лікування.

ЦЕНТУРІОН

Вибір MAT є реальним клінічним рішенням, яке безпосередньо виграє від генетичної інформації у Розділі 5 — передайте це особі, яка з вами цим керує.

Розділ 9 — Протокол відновлення

Рівень 1 — Біологічна основа (з Дня 1)

Підтримка	Роль
DLPA (DL-Фенилаланін)	Підтримка прекурсорів ендорфінової системи — розпочати День 1, якщо їсти.
NAC (600 мг двічі на день)	Гомеостаз глутамату та зменшення тяги.
5-MTHF	Підтримка метилювання та синтезу нейромедіаторів.
Гліцинат магнію	Загальна підтримка нервової системи та сон.
Омега-3 (з домінуванням ЕПК)	Загальна неврологічна підтримка під час періоду значного відновлення системи.

Рівень 2 — Медичний

- MAT згідно з Розділом 8, як первинна медична інтервенція, а не допоміжна.
- Трек управління болем (Розділ 6), який працює паралельно за наявності хронічного болю — це не є необов'язковим для цієї популяції.
- Тестування та лікування інфекції Bloodborne за наявності історії використання ін'єкцій (Розділ 6).

Бюджетний практичний інструмент: Дозування з обмеженням часу

Варто згадати прямо, оскільки це недорого, справді корисно і не часто згадується в матеріалах для відновлення: існують сейфи для медикаментів із блокуванням за часом, спеціально призначені для таких ситуацій, як поступове зниження дози (тейпер), де мета — контрольований, запланований

доступ, а не повний самостійний доступ чи відсутність доступу взагалі. Довірена особа — партнер, член сім'ї або інший наглядач — завантажує дози відповідно до графіка поступового зниження, встановленого лікарем-виписувачем, а пристрій фізично не відкриється до запланованого часу, незалежно від того, як людина, яка приймає ліки, почувається в моменті. Це безпосередньо вирішує той самий механізм доступу та тертя, названий деінде у Серія припинення роботи цієї бібліотеки: усунення можливості реагувати на імпульсивний порив отримати ранню або додаткову дозу є само по собі справжньою фізичною формою підтримки, а не лише символічною.

⚠ УВАГА

Застосовуються стандартні попередження, і вони важливі: це інструмент підтримки, а не заміна самого плану поступового зниження дози, і не заміна АМТ або медичного нагляду, якщо вони необхідні. Він вимагає справді надійного, постійно доступного спостерігача — інструмент не працює, якщо людина, яка ним керує, не є надійною, і він може стати джерелом конфлікту чи роздратування, якщо його запровадити без чесної розмови про причини. Він не запобігає отриманню кимось медикаментів чи речовин поза пристроєм повністю, тому вирішує лише один конкретний ризик (імпульсивне раннє повторне введення препарату для поступового зниження дози), а не повну картину. Більшість моделей мають якусь форму аварійного вимикача — знайте, що це таке і хто ним керує, перш ніж покладатися на пристрій. І він ніколи не повинен бути єдиним заходом безпеки для будь-кого з осіб у групах підвищеного ризику в Розділі 7 — це практична підтримка поряд із медичною допомогою, а не заміна їй.

Про речовини нелегального походження: Чому «просто дочекатися, поки закінчиться відмирання» є небезпекою сама по собі

Це заслуговує на пряме, серйозне обговорення, а не на згадку, оскільки ризик категорично відрізняється від усього іншого в цьому посібнику. Ліки з ліцензованої аптеки мають документовану ланцюг зберігання — виготовлені в умовах регулювання, перевірені за дозуванням та складом, простежувані на кожному етапі від виробництва до флакона у руках. Під речовиною, отриманою поза цією системою, нічого з цього немає. Жодних документів, жодної сертифікації походження, жодної перевірки того, що насправді в ній, жодного способу знати, через що вона проходила чи з чим була змішана до потрапляння до людини, яка її приймає. Це не моральний суд про вибір шукати це — це фізичний факт про сам об'єкт, який має значення незалежно від того, чому хтось його шукав.

МЕДИЧНА НЕБЕДА

Це не абстрактний ризик. Згідно з Розділом 6, нинішня незаконна пропозиція опіоїдів — і все частіше загальна незаконна та підроблена пропозиція таблеток — широко забруднена фентанілом, який є настільки потужним за вагою, що смертельна доза може бути присутня без жодної видимої, відчутної чи виявляної різниці від незабрудненої версії. Людина, яка нівелює прогалину під час зниження

дози або шукає полегшення симптомів абстиненції поза медичними каналами, використовуючи все, що доступно на вулиці чи з неперевіреного джерела, приймає інше рішення, ніж продовження підконтрольного медикаменту. Це рішення, яке ухвалюється з нульовою інформацією про те, що насправді вживається. Тестові смужки на фентаніл та Налоксон (Розділ 0, Розділ 6) знижують, але не усувають цей ризик — єдиний спосіб повністю його уникнути — це взагалі не користуватися неперевіреним джерелом, саме тому в Розділі 8 існують медичні шляхи та шляхи МАТ як рекомендований маршрут через поступове зниження дози, яким може бути важко звернутися.

Рівень 3 — Нервова система та архітектура ендорфінів (Місяці 1–12, центральна фаза)

- Щоденні інтенсивні фізичні вправи — основний стимулятор ендорфінів, доступний без медикаментів та є найпослідовнішою рекомендацією у всіх посібниках цієї серії.
- Справжня спільнота та зв'язок — не випадкові, а структурні, враховуючи те, як безпосередньо система опіоїдних рецепторів опосередковує винагороду соціального зв'язку (Розділ 5).
- Контрастне охолодження, сміх та музика — кожне з них має реальні, хоч і менші, ефекти активації ендорфінів, які варто поєднувати.

СХИЛОК

Архітектура ендорфінів відновлюється через послічну щоденну практику протягом місяців, а не через епізодичні зусилля. Це не критика нікого, хто мав труднощі з підтримкою цього — це чесний вигляд того, чого насправді вимагає це одужання, узгоджений із реалістичними термінами в Розділі 3.

Нове доповнення: Окситоцин та скидання осі ГГН

Цей розділ існує тому, що ваша власна Основна книга присвячує йому цілий розділ, і він заслуговує на чесне місце з належними застереженнями тут, а не залишитися поза увагою. Механізм, який він описує, реальний і вже названий в іншому місці цього посібника: опіоїди пригнічують гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову (ГГН) вісь на час їх застосування, і коли вони відбираються, ця пригнічена система не повертається м'яко до базового рівня — вона відскакує, часто драматично перевищуючи його. Виникає потік кортизолу, амігдала перегрівається, і нервова система повідомляє про екзистенційну надзвичайну ситуацію без зовнішньої причини. Це фізіологічна причина, чому відміна опіоїдів може відчуватися як смерть навіть коли це не є медично небезпечним (Розділ 0) — відчуття є точним звітом справді перевантаженої стресовою системою, а не ірраціональною реакцією.

⚠ УВАГА

Окситоцин є прямим антагоністом каскаду вивільнення кортизолу — він інгібує ГГН осі, функціонуючи як справжній вимикач для системи сигналізації, яку пригнічували опіоїди. Ваш власний вихідний матеріал є чітким і вартий повторення з тією ж чесністю: цей протокол експериментальний, не схвалений FDA для лікування залежностей і наразі використовується лише невеликою кількістю далекоглядних клінік та інформованих осіб, які працюють на межі науки про відновлення. Він належить до цього посібника як задокументований, реальний механізм, знання якого варто мати — а не як самостійно спрямована інтервенція. Будь-хто, хто розглядає його, повинен робити це з психіатром або лікар-нарколог, який активно залучений, той самий стандарт, який ця серія підтримувала для кожної іншої доданої категорії рівня "Новачок".

На практиці це та сама категорія залежності, як і інтраназальний окситоцинний матеріал, вже задокументований в серії припинення використання бензодіазепінів у Recovery Kernel — механізм (приглушення ГГН-осі) той самий, і відповідна обережність та сама: реальна, варта розмови зі спеціалістом, а поки що не інструмент стандартної допомоги.

Розділ 10 — Виявлення надзвичайної ситуації, повторення

МЕДИЧНА НЕБЕДА

ВИКЛИКАЙТЕ 103 ТА ВИКОРИСТОВУЙТЕ NALOXONE, ЯКЩО ДОСТУПНО, ПРИ: повільне, поверхневе або зупинене дихання — сині або сірі губи чи кінчики пальців — непритомність — хрипіння або звуки задухи. Це особливо стосується після будь-якого періоду зменшеного вживання або абстиненції, з огляду на механізм втраченої толерантності у Розділі 0, та при забрудненні фентанілом (Розділ 6) як додатковий, непередбачуваний рівень ризику для будь-якого наркотичного опіоїда джерела.

Розділ 11 — Повна Карта Перехресних Зв'язків Протоколів

Посилання	Що це пропонує
Recovery Kernel Opioid Guide, Розділ 3	Цей посібник у Розділі 8 підсумовує повну структуру MAT та детоксикації.
Recovery Kernel Фентаніл Гід Фентаніл – це потужний синтетичний опіоїд, який може бути надзвичайно небезпечним. Він часто використовується як компонент інших наркотичних	Конкретні деталі забруднення для Розділу 6 — тест-смужки, доступ до Налоксону та специфічна фармакокінетика фентанілу порівняно з іншими опіоїдами.

Посилання	Що це пропонує
речовин, що значно підвищує ризик передозування. **Що потрібно знати:** * **Високий ризик:** Фентаніл є одним із найнебезпечніших загроз для користувачів наркотиків через його високу потужність та часто невідомий склад сумішей. * **Передозування:** Симптоми передозування включають надзвичайно повільне дихання, втрату свідомості та синюшність шкіри. **Перша допомога при підозрі на передозування:** 1. **Викличте допомогу негайно:** Телефонуйте за номером швидкої медичної допомоги. 2. **Використовуйте Налоксон (Naloxone):** Якщо є доступ до Налоксону, негайно надайте його постраждалому. Він може відворотувати ефект опіоїдів. 3. **Підтримуйте дихання:** Переконайтеся, що людина дихає. Якщо вона не дихає, починайте серцево-легеневу реанімацію (СЛР). **Важливо пам'ятати:** * Ніколи не залишайте людину, яка вживає наркотики, саму. * Зберігайте знання про те, як діяти у випадку передозування. * Для отримання додаткової інформації та підтримки зверніться на findahelpline.com.	

Посилання	Що це пропонує
Ресурси для відновлення: * Recovery Kernel надає ресурси для безпечного відтаклення. * Звернення до фахівців є обов'язковим кроком.	
Recovery Kernel Вуха, Очі та Зуби. Розділ 5	Повний опис ризику інфекцій, пов'язаних з ін'єкціями, зазначений у Розділі 6.
Компендіум Протокол 14 (Лікування болю)	Паралельний трек управління болем, згаданий у Розділі 6, для будь-кого, чиє використання опіоїдів розпочалося з легального лікування болю.
Компендіум Протокол 05 (Екологічний Редизайн)	Найвищий пріоритетний протокол для цього конкретного відновлення — тригерні бажання є основним механізмом рецидиву при опиоїдному відновленні, більше, ніж у більшості інших речовин у цій серії.
Компендіум Ген-Субстанція Матриця, Додаток А	Пряме зіставлення протоколу-коду для генетики Розділу 5: GABRA2 + COMT Met/Met («Патерн тривожного депресанту») відповідає P06, P09, P10, P21; лише GABRA2 відповідає P01, P06, P20; GABRA2 + MTHFR («Патерн виснаження-імпульсивності») відповідає P06, P07, P11, P21. Перехресно звірте цей додаток безпосередньо, якщо доступна повна геномна панель.
Recovery Kernel Основна Книга, Розділ 8 (Протокол Окситоцину)	Повний вихідний розділ за Розділом 9 «Нове доповнення» — повна деталізація механізму та ті ж самі застереження щодо експериментального використання, повторені в цьому посібнику.
Компендіум Протокол 20, 21, K-28 (Архітектура Ідентичності)	Підходить для початку приблизно з 1–6 місяців (Розділ 2), а не раніше — відбудова ідентичності, відокремленої від історії вживання.
Recovery Kernel Комплексна травма та зв'язок із речовинами	Розлад використання опіоїдів часто починається в умовах глибокої неблагополуччя; робота, специфічна для травми, не повинна розпочинатися до встановлення біологічної стабільності та МАТ — тут час має значення так само сильно, як і будь-де в цій серії.

Розділ 12 — Закриття

СХИЛОК

Відновлення від опиоїдної залежності — одна з небагатьох галузей медицини залежностей, яка має справді потужну, добре усталену базу доказів для свого найбільш ефективного лікування — МАТ рятує життя, багаторазово, вимірювано. Використання його не є менш повноцінною формою відновлення. Ендорфінові та рецепторні системи, які займають опиоїди, можуть і дійсно відновлюються, у

реальні часові рамки, незалежно від того, чи включає це відновлення постійне медикаментозне лікування. Найважливіше, згідно з Розділом 0, — це пережити період, коли толерантність та очікування виходять з синхронізації — усе інше в цьому посібнику існує для того, щоб безпечно пройти цю точку.

КІНЕЦЬ ПОСІБНИКА — ПРОТОКОЛ ПРИПИНЕННЯ: ОПІОЇДИ

Ресурс для зменшення шкоди — Не медична порада — Не заміна екстреної допомоги

Crisis Resources: 988 (Suicide & Crisis Lifeline, call or text) | SAMHSA: 1-800-662-4357